



Číslo poisťnej zmluvy : 23-12340

POISTNÁ ZMLUVA PRE POISTENIE ÚRAZU - KRÁTKODOBÉ

Poistovňa

Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, SR, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. Č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ“) a

1. POISTNÍK			
Meno a priezvisko (názov firmy)	Galéria Jána Koniarka	Titul	Rodné číslo / IČO 36086932
Trvalé bydlisko - ulica, číslo	Zelený Kriček 3	Obec	Trnava PSČ 91701
Telefón	0335511659	E-mail	sekretariat@gjk.sk
Bankové spojenie - peňažný ústav	Číslo účtu / kód banky		

uzavierajú v zmysle § 788 a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov túto zmluvu o poistení.

2. POISTENÝ			
Meno a priezvisko	Silvia Chvalová	Titul	Rodné číslo
Trvalé bydlisko - ulica, číslo		Obec	
Telefón		E-mail	

údaj r

3. ČINNOSŤ POISTENÉHO			
Zamestnanie - pracovná činnosť poisteného	Galéria Jána Koniarka v Trnava, Zelený Kriček 3, 91701 Trnava	Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť poisteného	žiadna

4. POISTNÁ DOBA	Začiatok poistenia 01.04.2023	Koniec poistenia 31.08.2023	5. RIZIKOVÁ SKUPINA (Číslo sadzby)	A
------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--	---

5. POISTNÉ KRYTIE			
<input checked="" type="checkbox"/> Smrť v dôsledku úrazu	Poistné sumy		Poistné
<input checked="" type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)	4000,00 EUR		3,83 EUR
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu a bolestné (minimálne poistné plnenie je 0,5 % z dojednanej poistnej sumy)	3000,00 EUR		3,38 EUR
<input type="checkbox"/> Denné odškodné pri hospitalizácii po úraze			
	8,00 EUR		11,00 EUR
POISTNÉ SPOLU			18,21 EUR

Poistné zahŕňa daň z poistenia vo výške 8% v zmysle zákona č. 213/2018 Z.z. o dani z poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov platného od 1.1.2019.

6. SPÔSOB PLATENIA	<input checked="" type="checkbox"/> jednorazovo
---------------------------	---

7. POISTNÉ	
Jednorazové poistné vo výške	18,21 EUR
bolo zaplatené dňa	30.03.2023
Druh avíza: <input type="checkbox"/> poštová poukážka <input checked="" type="checkbox"/> bez avíza	
Číslo účtu poisťovateľa na úhradu poistného je 6600547090/1111, IBAN: SK59 1111 0000 0066 0054 7090, SWIFT/BIC: UNCRSKBX vedený v UniCredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s., pobočka zahraničnej banky, konštantný symbol 3558, variabilným symbolom je číslo poisťnej zmluvy.	

8. MENO A PRIEZVISKO OPRÁVNENEJ OSOBY	Rodné číslo	Podiel na plnení
		%
		%
		%

Ak nie je oprávnená osoba určená alebo ak nenadobudne právo na plnenie, právo na plnenie má osoba určená podľa § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

9. ZVLÁŠTNE DOJEDNANIA	Poistenie sa vzťahuje na úrazy, ktoré poistená osoba utrpí počas: Galéria Jána Koniarka v Trnava, Zelený Kriček 3, 91701 Trnava, vykonávané pre poistníka.
-------------------------------	--

10. SPROSTREDKOVATEĽ	Meno a priezvisko (názov) Barbora Vargová	Adresa Hlavná 24, Trnava 91701
-----------------------------	---	--------------------------------

Poistná zmluva je uzavretá okamihom, keď je podpísaná oboma zmluvnými stranami.

V zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka sa dojednáva, že poistenie môže vypovedať poistník alebo Union poisťovňa, a.s. (ďalej "poisťovateľ") do dvoch mesiacov po uzavretí poisťovnej zmluvy. Vypovedná lehota je osemenná a jej uplynutím poistenie zanikne.

Neoddeliteľnou súčasťou tejto poisťovnej zmluvy sú Všeobecné poisťovné podmienky pre úrazové poistenie.

V prípade smrti poistníka, ktorý nie je zároveň poisteným, prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z poistenia na poisteného.

Príjmy poisteného a oprávnených osôb z poisťovnej zmluvy podliehajú zdaneniu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov platných na území Slovenskej republiky. Zákon č. 595/2003 Z.z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov ustanovuje, ktoré plnenia z poistenia sú oslobodené od dane z príjmov, ako aj odpočítateľné položky, resp. iné daňové náležitosti týkajúce sa poistenia.

Pre právne pomery vyplývajúce z uzavretej poisťovnej zmluvy platí právny poriadok SR.

Výška odkupnej hodnoty pri predčasnom ukončení zmluvy sa v súlade s § 788 ods. 2 písm. f) Občianskeho zákonníka dojednáva na **0,00 EUR**.

Poistený ani poistník sa nepodieľajú na výnosoch poisťovateľa.

Za uzavretie tejto poisťovnej zmluvy vznikne zamestnancovi poisťovateľa nárok na peňažnú odmenu, ktorá je zamestnancovi vyplácaná poisťovateľom jednorazovo alebo mesačne počas prvého roka platnosti poisťovnej zmluvy.

Práva a povinnosti poisťovateľa a poisteného / poistníka sú uvedené v právnych predpisoch a poisťovných podmienkach.

Poisťovateľ neposkytne poisťovné plnenie a ani neposkytne akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ by bol poisťovateľ vystavený hrozbe pokút, sankcií, obmedzení alebo zákazov, ktoré vyplývajú z:

- a) obchodných alebo ekonomických sankcií Európskej únie,
- b) práva alebo platných predpisov Európskej únie,
- c) rozhodnutí Organizácie spojených národov,
- d) platných právnych predpisov Slovenskej republiky.

Poisťovateľ môže zadržať poisťovné plnenie a akékoľvek iné plnenie poistenému, pokiaľ je poistený vedený v sankčných zoznamoch v USA. Po dobu zadržania poisťovného plnenia alebo akéhokoľvek iného plnenia poisťovateľ nie je v omeškaní s platením.

VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Poistený čestne vyhlasuje, že nie je v čase dojednávania poistenia profesionálnym športovcom, nie je práceneschopný, HIV pozitívny, netrpí psychickým ochorením, netrpí ani v minulosti netrpel onkologickými ochoreniami, nádormi akéhokoľvek druhu (napr. aj nezhubnými nádormi, výrastkami), netrpí neurologickým ochorením (napr. epilepsiou, sklerózou multiplex alebo iným demyelinizačným ochorením, nervovosvalovým degeneratívnym ochorením alebo čiastočnou stratou hybnosti), nie je závislý na drogách, liekoch alebo alkohole, nie je čiastočne alebo celkom odkázaný na opateru inej osoby, nie je uznaný invalidným s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, nie je uznaný invalidným s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o menej ako 70% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou z dôvodu ochorenia alebo úrazu pohybového aparátu, v minulosti netrpel úraz, po ktorom pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poruchy hybnosti) a nepodstúpil operáciu pohybového aparátu, ani mu nebola odporúčaná, zároveň nemá odporúčanú ani plánovanú hospitalizáciu z dôvodu úrazu ani z iného zdravotného dôvodu.



SÚHLASÍM



NESÚHLASÍM

VYHLÁSENIE POISTENÉHO

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené skutočnosti sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu a životných zvykov. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poisťovného plnenia).

Vyhláseniu o zdravotnom stave som riadne porozumel.

V prípade nesúhlasu s Vyhlásením o zdravotnom stave poisteného je nutné vyplniť Dotazník o zdravotnom stave poisteného, ktorý tvorí Prílohu č. 1 tejto poisťovnej zmluvy. Následne bude posúdený zdravotný stav poisteného, na základe ktorého má poisťovateľ právo zmeniť podmienky poistenia, prípadne vypovedať zmluvu v zmysle § 800 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

Súhlasím s tým, aby poisťovateľovi boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.

Pre účely posúdenia poisťovného rizika a účely likvidácie poisťovnej udalosti úrazového poistenia spojenej so vznikom invalidity splnomocňujem poisťovateľa na vyžiadanie Lekárskej správy od Sociálnej poisťovne.

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Podpis poisteného na tejto poisťovnej zmluve považujú zmluvné strany za podpisový vzor.

IBWAV 23.03.2023
.....
miesto a dátum vyplnenia vyhlásení